

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

POUR

N° 39

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Koman DIAKITÉ

Né le 17 Avril 1932, à Siguiri (Guinée)

Présentée et soutenue publiquement le

1963

**UN CAS DE SARCOME DU SINUS UROGENITAL
CHEZ UN ENFANT DE 10 ANS**

Président : M. LELONG, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DIAKITE

Prénom : KOMAN

Date de soutenance

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

DIAKITE (KOMAN). — Un cas de sarcome du sinus urogénital chez un enfant de dix ans. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

DIAKITE (KOMAN). — Un cas de sarcome du sinus urogénital chez un enfant de dix ans. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

DIAKITE (KOMAN). — Un cas de sarcome du sinus urogénital chez un enfant de dix ans. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

DIAKITE (KOMAN). — Un cas de sarcome du sinus urogénital chez un enfant de dix ans. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Koman DIAKITÉ

Né le 17 Avril 1932, à Siguiri (Guinée)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**UN CAS DE SARCOME DU SINUS UROGENITAL
CHEZ UN ENFANT DE 10 ANS**

Président : M. LELONG, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUIVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TÜCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.)	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports :

M. PLAS (F.).
Carcinologie :
MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail :

M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie :

M. PERTUISSET (B.).

Neurologie :

M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique :

M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHT (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM.CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., pr. s. ch.; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phthisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté

M. LENA (J.)

Secrétaire principal

Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,

Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine

M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs

Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546325_0032

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

*Vous dont la seule ambition a été de
promouvoir l'éducation de vos enfants.*

*Je voudrais, en vous dédiant ce travail,
vous témoigner de mon amour, de mon res-
pect, de ma piété filiale.*

A MA, MANI-TENIN, MANI-KOURA

*Vous qui avez comblé le vide, laissé par
la mort prématurée de ma mère, avec
amour, tendresse et dévouement.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma
respectueuse et profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE
LE DOCTEUR DIAKITE NANAMOUDOU

*Toi dont l'unique but a été de me faire
une place au soleil et m'y maintenir. C'est
à travers ton dévouement sans limites pour
tes malades à Youkounkoun, à Pita, que
j'ai puisé l'amour profond de la médecine.*

*Tu peux dire aujourd'hui non sans fierté :
" Il est ce que j'ai voulu qu'il soit. "*

*Reçois ici l'humble témoignage de recon-
naissance de ton frère qui cherche à suivre
tes traces.*

A MON FRÈRE ET AMI MAMADI

*Toi qui a partagé de bonne heure, avec
notre père, les premiers soucis concernant
la poursuite de mes études.*

*Reçois le témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES FRÈRES
NAMORY, FRIKI, OUMAR, FAMORO, DJIKI

*Vous qui m'avez toujours encouragé,
veuillez agréer l'expression de grande sym-
pathie et fidélité.*

A MA FEMME

Toi qui, avec soumission, amour, non sans dévouement, partages ton existence entre le père et le fils.

Reçois le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A MON FILS

Toi à qui je souhaite un avenir meilleur.

Sois bon, juste, intègre et persévérant dans l'effort; aussi seras-tu un anneau utile de cette chaîne qu'est l'humanité.

A MES AMIS

BOUMBALY YAYA, N'DIAYE SAIDOU NOUROU,
PEREIRA BARRETO SIMON, DIOP AMADOU TIDJANI,
SAKO DAMOU, TOURE MOHAMED RACHID

*Vous qui m'avez aidé à traverser les
moments les plus difficiles de ma vie.*

*Veuillez trouver ici l'expression de ma
profonde reconnaissance et de fidélité.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LELONG

Professeur de Clinique de Pédiatrie et de Puériculture
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Trois années d'études spéciales de pédiatrie accomplies sous votre direction, dans votre Service, les précieux encouragements qu'en maintes circonstances j'ai trouvés auprès de vous, m'ont autorisé, Monsieur, à vous demander de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse.

Votre acceptation m'est apparue comme un témoignage renouvelé de votre inépuisable bienveillance.

Qu'il me soit permis de vous exprimer mes sentiments de très vive reconnaissance et mon respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIALATE

Médecin des Hôpitaux

*En témoignage d'affectueuse gratitude
pour l'amical accueil et les marques de sym-
pathie qu'il m'a toujours prodigués dans
son Service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VASSAL

Médecin Assistant

Soyez assuré, Monsieur, de mes sentiments profonds de reconnaissance pour l'enseignement que vous m'avez prodigué.

Permettez-moi de vous remercier d'avoir bien voulu me confier ce travail et de m'avoir si utilement guidé, pas à pas, dans sa réalisation.

A MADemoisELLE LE DoCTEUR ODILE SCHWEISGUTH

Vous avez permis, Mademoiselle, que ce travail s'enrichisse de votre expérience et de vos conseils.

Veuillez bien agréer la sincère expression de mes sentiments de vives grâces.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE MERCIÉ

Médecin-Chef du Service de Pédiatrie de Fontainebleau

Vous m'avez, Monsieur, accueilli un an durant dans votre Service, fait bénéficier de votre savoir et de votre sagesse. Apprendre la science, tel était mon unique ambition quand, jeune interne, je suis venu dans votre Service, vous avez non seulement satisfait ce but mais surtout vous m'avez enseigné la vie.

Veuillez trouver ici l'expression de mon respect, de mon admiration, de mon amitié, de ma fidélité.

INTRODUCTION

Le 12 avril 1962, nous recevions dans le Service du Professeur Marcel LELONG, un enfant âgé de dix ans pour des troubles digestifs.

L'examen clinico-radiologique nous a montré des lésions hautement évocatrices d'un cancer du sinus urogénital.

Ce début clinique insolite de la maladie, nous a incité à reprendre l'étude du cancer du sinus urogénital chez l'enfant.

Contribuer à l'étude des éléments de diagnostic du cancer du sinus urogénital et ses différentes manifestations, tel est le but de notre travail.

Nous nous sommes inspirés des données de la littérature et surtout des observations de Mademoiselle Odile SCHWEISGUTH.

HISTORIQUE

CANCERS DU SINUS UROGÉNITAL

Sont ainsi appelées les tumeurs malignes de la vessie, de la prostate, du vagin et de l'utérus.

Elles ne sont pas fréquentes chez l'enfant ; ces cas isolés ont été publiés dans la littérature.

En France, en 1854, GUERSANT publie la première observation de tumeur maligne primitive du vagin.

En 1872, SMYTH publie un cas de sarcome de la vessie chez un enfant de trois ans.

En 1874, Howard MARSH communique à Londres le premier cas de tumeur maligne primitive du vagin accompagné d'un examen histologique : c'est un sarcome globocellulaire.

C'est à partir de 1883 que les travaux les plus nombreux vont fleurir.

PICOT (1883) note 8 tumeurs génitales de la petite fille, 84 néoplasmes de l'enfant sans distinguer malheureusement les localisations.

En 1894, PICK réunit 16 cas de tumeur maligne primitive du vagin qui figurent l'année suivante dans la thèse de MARIAGE.

En 1902, RABÉ écrit dans les *Archives de Médecine des Enfants*, un article important qui reprend toute la question des tumeurs malignes primitives du vagin à l'occasion d'un cas personnel et précise déjà les éléments cliniques et anatomiques essentiels.

En 1905, la thèse de PEYRACHE collige 16 nouveaux cas de tumeur maligne primitive du vagin, portant ainsi à 41 le nombre des observations connues.

En 1945, J. BOCART porte le nombre des observations connues sur les tumeurs malignes primitives du vagin à 66.

Aujourd'hui, nous portons le nombre à 96 cas.

En 1947, GUILLEMINET rassemble 53 cas de tumeur maligne de la prostate, 49 observations de tumeur maligne de la vessie utilisables au point de vue thérapeutique.

Dans un travail récent, SANSONE et GALLETO ont réuni 142 cas de tumeurs malignes de la vessie.

Cette année (1963), nous avons réuni 337 cas de cancers de sinus urogénital, répartis de la façon suivante : utérus, 15 cas ; vagin, 96 cas ; vessie, 161 cas ; prostates, 62 cas et 3 cas non classés.

L'OBSERVATION DE NOTRE CAS

L'enfant Antonio Pi... est né le 14 octobre 1950 à terme. La grossesse et l'accouchement ont été normaux. L'enfant a crié aussitôt. Le poids de naissance : 4 kg. Il s'est assis à sept mois, il a marché à douze mois.

Il a eu les vaccinations :

- antivariolique à quatre ans ;
- B.C.G. à sept ans.

Il a fait la varicelle et les oreillons.

Il a deux sœurs, dont l'une est âgée de douze ans et l'autre âgée de quatre ans et demi, toutes deux en parfait état de santé.

Du côté des parents, il n'y a rien à signaler.

Il est hospitalisé le 16 décembre 1961, à Saint-Vincent-de-Paul, dans le Service du Professeur LELONG, pour une crise de rhumatisme articulaire aigu sans signes d'atteinte cardiaque ni clinique, ni électrique. Il est traité par la pénicilline et cortancyl. Il sort du Service le 22 janvier 1962 et va à La Roche-Guyon où il reste jusqu'au 17 mars 1963. L'enfant retourne dans sa famille en parfait état de santé et pesant 34,200 kg.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

La mère ramène l'enfant dans le Service, le 12 avril 1962, *pour des troubles digestifs* caractérisés par :

- une diarrhée : 4 à 5 selles liquides par jour ;
- des douleurs abdominales diffuses ;
- mais il n'y a pas de température, pas de vomissement.

Le début des troubles remonterait au 25 mars 1962.

L'EXAMEN CLINIQUE

Enfant de dix ans et demi, pesant 34,700 kg, mesurant 1,31 m. Température : 37°2.

On note une distension abdominale importante. Le foie déborde de 4 cm le gril costal sur la ligne mamelonnaire ; sa surface est lisse, son bord inférieur tranchant, sa consistance est dure, il n'est pas douloureux. On note des nodules dans les fosses iliaques.

Il n'y a pas d'ascite, mais on note une importante circulation collatérale thoracique, abdominale et même des régions lombaires.

Il n'y a pas de grosse rate, mais on note des ganglions durs de la taille d'une cerise dans la région inguinale ; puis de petits ganglions cervicaux, fermes et mobiles.

Le reste de l'examen clinique est strictement normal.

LES EXAMENS PARA-CLINIQUES

1° La numération et la formule sanguine : normales.

2° La V.S. : 11-25-93 mm.

3° Glycémie : 0,95 g/l.

4° L'urée sanguine : 0,25 g/l.

5° L'urographie intra-veineuse révèle :

« — Urétéro-hydronéphrose gauche modérée ; la dilatation du segment supérieur de l'uretère droit ;

« — Une empreinte sur la face supérieure de la vessie qui est déprimée en cuvette avec un prolongement postérieur gauche ; après miction, résidu de quelques centimètres cubes d'urine. »

• *Le 16 avril 1962 :*

L'enfant est adressé à Mlle Odile SCHWEISGUTH (Institut Gustave-Roussy) pour avis diagnostique et thérapeutique.

A son entrée dans le Service Milhit, Mlle Odile SCHWEISGUTH note :

- enfant en bon état général, un peu pâle ;
- une augmentation diffuse du volume de l'abdomen s'accompagnant d'une circulation veineuse collatérale thoracique inférieure et abdominale ;
- une hépatomégalie débordant de trois travers de doigt le gril costal, ferme, indolente et dont le bord inférieur est tranchant ;
- un nodule ferme, bien limité, d'environ 4 à 5 cm de diamètre, faisant corps avec le foie, siégeant dans le creux épigastrique ;
- les forces iliaques sont occupées par une masse, en aile de papillon, couverte de bosselures, ferme, voire dure ;
- au toucher rectal, cette masse dure, indolore, respectant le sillon médian, correspond au blindage antérieur ;
- les adénopathies inguinales faites de 2-3 ganglions fermes et mobiles ; hormis de petits ganglions cervicaux, les autres territoires lymphatiques sont libres.

On pratique un prélèvement ganglionnaire :

Prélèvement d'un ganglion inguinal droit et examen extemporané dont voici le compte rendu (Docteur DE SANTI, M. FOUCAULT).

Le prélèvement a intéressé un tissu néoplasique en grande partie nécrosé. On reconnaît en certains points des massifs de cellules tumorales dont la nature exacte ne peut être précisée avec certitude. Une origine sarcomateuse paraît être l'hypothèse la plus vraisemblable.

— *Numération et formule sanguine :*

- Globules rouges : 4.425.000.
- Globules blancs : 8.200 ; P.N. : 4.480 ; M. : 3.320.
- Hb : 15,25 g.
- *Plaquettes* : 278.000.
- *Culot urinaire* : normal.
- *Phosphatases alcalines* : 6 unités Bodansky.

• *Le 18 avril 1962 :*

On pratique :

1) Adénogramme (Docteur Gérard MATHÉ) : nombreuses cellules extra-hématopoïétiques, probablement tumorales.

On conclut donc à un cancer extra-hématopoïétique avec une petite réserve pour un réticulosarcome.

2) Myélogramme par ponction sternale.

— Cellules indifférenciées :

— Hémocytoblastes : 1 %.

— Série granulocytaire : 59 % :

— Promyélocytes :	1	} Neutrophiles
— Myélocytes :	3	
— Métamyélocytes :	5	
— Polynucléaires :	48	
— Myélocytes		} Eosinophiles
— Polynucléaires		

— Série mégacaryocytaire :

— Rares mégacaryocytes.

— Série rouge : 16 %.

— Erythroblastes polychromatiques.

Normoblastes : 8.

— Erythroblastes acidophiles.

Normoblastes : 8.

— Série non myéloïde : 24 % :

— Lymphocytes : 22.

— Monocytes : 2.

• *Le 20 avril 1962 :*

On teste la radio-sensibilité en irradiant le champ inguinal droit où on palpe plusieurs ganglions de la grosseur d'une noisette.

Pendant seize jours, cette aire reçoit des doses progressivement croissantes. Rayons X jusqu'à 2.000 r/jour.

On y associe :

— Chloranminophène : 2 mg/jour.

— Méthotrexate : 5 mg/jour pendant dix jours.

• *Le 24 avril 1962 :*

	<i>Temps du témoin</i>	<i>Temps du malade</i>
— Complexe prothrombique, méthode globale de Quick	14 s	19 s Taux 51 %
— Dosage différentiel de :		
— prothrombine	18 s	18 s
— proconvertine	28 s	33 s
— proaccélérine	28 s	28 s
— T.S. : 1 mn 30 s.		
— T.C. : 8 mn.		
— Résistance capillaire négative à 20 cm.		
— Rétraction du caillot : +++ ; aspect normal.		
— Les plaquettes : 280.000/mm ³ , de morphologie normale.		
— <i>Prélèvement d'un ganglion inguinal droit</i> et examen extemporané par le Docteur J. CESSARI dont voici le compte rendu :		

Le prélèvement intéresse un tissu ganglionnaire dont on ne retrouve que la capsule par places et quelques amas lymphoïdes résiduels, le reste du parenchyme étant le siège d'une métastase massive ; les embolies lymphatiques sont nombreuses. Il s'agit d'une prolifération de cellules aux limites imprécises, aux noyaux tantôt ovalaires, tantôt arrondis, irréguliers, siège de mitose fréquente. Les cellules sont disposées en larges massifs ou en plages mal individualisées séparées par un stroma lâche.

Il semble s'agir d'un *sarcome du sinus urogénital*.

• *Le 26 avril 1962 :*

On ne note aucune amélioration clinique.

Les ganglions inguinaux droits sont toujours gros ; les masses abdominales continuent à grossir.

L'enfant est mis alors à l'Endoxan, à la dose de 100 mg, puis 150 mg/jour, jusqu'à une dose totale de 1.400 mg le 7 mai 1962.

• *Le 7 mai 1962 :*

L'enfant sort du Service mourant.

CONCLUSION. — Il s'agit d'un sarcome du sinus urogénital à symptomatologie abdomino-pelvienne probablement d'origine vésicale.

CLINIQUE

Les tumeurs malignes du sinus urogénital ne sont pas exceptionnelles.

FREQUENCE

Dans la littérature, nous avons colligé 337 cas.

Dans la statistique de l'Institut Gustave-Roussy, on note 19 cas sur 826 tumeurs malignes (confère tumeur maligne chez l'enfant par Mlle Odile SCHWEISGUTH).

AGE

Elles surviennent le plus souvent chez le petit enfant : les trois quarts avant cinq ans ; près de la moitié avant deux ans. Ainsi, sur les 22 cas publiés par Mlle Odile SCHWEISGUTH, il y a 11 garçons et 11 filles (cf. tableau).

Chez la fille, la localisation de la tumeur est plus vaginale que vésicale ; chez le garçon, la tumeur se développe dans la vessie ou la prostate.

SYMPTOMATOLOGIE

Pour la meilleure compréhension du texte, nous ferons cette étude selon la localisation de la tumeur.

I. — LA TUMEUR MALIGNE PRIMITIVE DU VAGIN

A) PERIODE DE DEBUT

Il y a deux signes qu'on note dans toutes les observations : l'hémorragie et la tumeur.

1) L'HÉMORRAGIE

C'est souvent le signe d'alarme, abondante ou discrète, éphémère ou persévérante, elle n'a pas de caractère précis. Elle peut se résumer à la perte de quelques gouttes de sang qui n'alarme guère les parents.

2) LA TUMEUR

La révélation de la tumeur est également variable : tantôt sa masse apparaît à la vulve, tantôt elle élimine seulement quelques bourgeons néoplasiques qui sont expulsés sous forme d'éléments polypoïdes.

3) AUTRES SIGNES

Moins souvent, les signes d'alarme peuvent être différents :

— Ce sont des douleurs qu'on arrive difficilement à localiser à la vulve ou au niveau du bas-ventre et qui sont parfois intenses.

— Ce sont aussi des troubles vésicaux : pollakiurie, miction difficile ou douloureuse ; troubles rectaux pouvant aller jusqu'à la rétention avec douleur au moment de l'évacuation des selles ; enfin et moins souvent des pertes vaginales purulentes.

— Même lorsque ces symptômes alertent rapidement la famille, on est souvent surpris du volume de la tumeur et de l'extension des lésions qui en quelques semaines ont pris leur caractères typiques.

B) PERIODE D'ETAT

1) LES TROUBLES FONCTIONNELS

Ils révèlent :

— soit de l'existence même de la tumeur, ce sont alors des signes directs ;

— soit de son retentissement sur les organes voisins, ce sont les signes indirects ou d'emprunt.

a) *Les signes directs :*

Comprennent essentiellement les hémorragies, les pertes vaginales, les douleurs :

— les hémorragies conservent le caractère irrégulier et capricieux ; elles sont rarement abondantes, souvent elles se résument à quelques gouttes qui se retrouvent dans les couches de l'enfant ;

- les pertes vaginales peuvent être abondantes ; elles ont le caractère d'un suintement continu, purulent qui irrite la peau de la région périnéale et de la racine des cuisses ;
- les douleurs locales ne sont pas en général très vives : ce sont des douleurs de réplétion et de distension.

b) *Les signes d'emprunt :*

Ils sont avant tout des signes urinaires, beaucoup moins souvent des signes rectaux :

- la pollakiurie traduisant une compression vésicale ;
- l'incontinence des urines a été rarement observée.

2) L'EXAMEN CLINIQUE

Il repose essentiellement sur la constatation de la tumeur.

Deux cas se présentent dont le diagnostic offre des difficultés bien différentes : tantôt la tumeur est extériorisée, tantôt elle ne l'est pas.

a) *Tumeur intra-vaginale :*

Quand elle est intra-vaginale, seul le toucher vaginal permet de reconnaître son existence. Outre l'inconvénient de rompre l'hymen, ce toucher vaginal présente de grosses difficultés en raison du calibre minime du canal vaginal à cet âge. Aussi doit-on pratiquer en premier lieu un toucher rectal. Celui-ci, en effet, permet de percevoir surtout les tumeurs implantées sur la paroi vaginale postérieure ; il reconnaît la consistance, le volume, l'extension latérale de la tumeur, indique le degré d'infiltration de la cloison recto-vaginale, mais en aucune façon il ne permet de préciser ni les caractères propres de la tumeur ni son siège exact.

Au toucher vaginal (mais sous anesthésie générale) :

- la tumeur est tantôt une masse spongieuse plus ou moins irrégulière, à surface lisse ;
- tantôt le canal est bourré de productions polypeuses molles, implantées sur une base épaisse ;
- tantôt c'est une masse non lobulée, lisse et régulière.

Mais dans tous ces cas deux faits sont caractéristiques :

- la tumeur adhère aux parois vaginales, et l'on ne peut en faire le tour entièrement ;
- elle saigne et s'effrite sous le doigt de l'explorateur.

b) *La tumeur extériorisée à la vulve :*

C'est la tumeur « botrioïde » découverte lors de la toilette de l'enfant. Elle est la forme la plus fréquente.

Elle se présente comme une masse végétante, polypoïde, rougeâtre, semée de grains translucides, rarement et tardivement ulcérée. Parfois, elle forme seulement un petit polype pédiculé ou sessile sortant du vagin.

II. — LES TUMEURS MALIGNES DE L'UTÉRUS

Parmi les causes d'hémorragies génitales chez la petite fille, il faut toujours penser à la possibilité d'un cancer utérin malgré la rareté de la lésion dans le jeune âge.

Cliniquement, les hémorragies et la tumeur utérine restent les symptômes essentiels. Ces deux signes ont les mêmes caractères que ceux des tumeurs malignes primitives du vagin (cf. paragraphe précédent).

A l'examen, le toucher rectal apporte le symptôme physique capital, l'existence d'une tumeur pré-rectale, au niveau de l'utérus, masse dure plus ou moins volumineuse, plus ou moins ovoïde ou arrondie.

L'examen vaginal (après section de l'hymen) montre les masses polypeuses ou la classique tumeur en grappe de raisin.

III. — LES TUMEURS MALIGNES DE LA PROSTATE

1) LES TROUBLES FONCTIONNELS

Ce sont essentiellement les troubles de la miction, analogues à ceux des prostatiques qui attirent l'attention : difficulté, lenteur de la miction, fréquence de la miction lorsque la vessie se vide mal, et même incontinence, et le plus souvent encore rétention d'urine, rétention incomplète avec dilatation vésicale, mictions par regorgement, soit même crise brutale de rétention aiguë.

Il n'existe ni hématurie, ni douleur au début.

Plus tard, le volume de la tumeur provoque des troubles et de la gêne de la défécation.

2) LES SIGNES PHYSIQUES

Le palper de l'hypogastre permet de sentir un globe vésical, parfois la tumeur, si rapidement volumineuse chez l'enfant et dont la mollesse peut faire croire à une vessie distendue.

Le toucher rectal révèle la saillie considérable de la prostate ; la masse est en général irrégulière, ferme parfois, plus souvent molle, elle est fixe au toucher combiné au palper.

IV. — LES TUMEURS MALIGNES DE LA VESSIE

Nous verrons deux tableaux cliniques : l'un fréquent, c'est le tableau d'une tumeur maligne à développement intra-vésical ; l'autre rare, c'est celui de la tumeur pariétale se développant comme une tumeur de la cavité abdominale.

A) TUMEUR A DEVELOPPEMENT INTRA-VESICAL

1) PÉRIODE DE DÉBUT

L'enfant est agité, dort mal, semble souffrir de l'abdomen ou des organes génitaux.

Les signes de cystite sont révélateurs avec pollakiurie, dysurie, mictions douloureuses, parfois rétention ou incontinence.

Enfin, il existe des hématuries terminales dans le quart des cas.

2) PÉRIODE D'ÉTAT

On note :

— les signes de cystite ;

— des douleurs soit abdominales, soit de la racine des cuisses.

A l'examen clinique, le palper abdominal révèle la dilatation vésicale, le toucher rectal la tumeur, le palper combiné au toucher trouve une tumeur dure, arrondie, lisse ou bosselée, de taille variable, évoquant une grosse orange.

B) TUMEUR PARIETALE A MANIFESTATION ABDOMINO-PELVIENNE

Le petit malade vient consulter en général pour une masse abdominale, augmentant rapidement de volume avec altération de l'état général.

En quelques jours, on note une masse énorme remontant du pubis à l'ombilic, s'étendant de l'E.I.D. à l'E.I.G., paraissant adhérer à la paroi abdominale antérieure.

LES EXAMENS PARACLINIQUES

Si le toucher rectal est le geste indispensable au diagnostic, différents examens sont utiles pour préciser et juger de l'extension de la tumeur.

1) LE SANG :

- Numération et formule sanguine ;
 - Myélogramme,
- pour suivre l'évolution.

2) LE LAVEMENT BARYTÉ montre seulement la compression extrinsèque due à la tumeur, qui moule le rectum et parfois le sigmoïde sur elle.

3) L'UROGRAPHIE ET LA CYSTOGRAPHIE sont les examens les plus importants.

L'urographie intra-veineuse montre :

- soit une dilatation pyélo-urétérale uni ou bilatérale ;
- soit un écartement anormal de la partie terminale des uretères, qui est le signe quasi constant des tumeurs vésicales.

La cystographie de face et de profil montre :

- soit des images de compression pariétale ou extrinsèque, lorsque la tumeur se développe en dehors de la cavité vésicale ;
- soit des images lacunaires à contours polycycliques, en général dans la région du trigone.

4) LA CYSTOSCOPIE complète alors les renseignements et peut permettre de voir, éventuellement de biopsier, les polypes en grappe de raisin qui entourent le col vésical.

5) Chez la fille, un EXAMEN VAGINAL sous anesthésie générale, avec un cystoscope ou un otoscope, montre, dans les formes non extériorisées, des bourgeons tumoraux envahissant le fond du vagin et les culs-de-sac.

6) LA BIOPSIE et L'EXAMEN HISTOLOGIQUE sur lesquels repose le diagnostic.

EVOLUTION

Certaines tumeurs malignes du sinus urogénital permettent de durables survies, et parfois même la guérison. Sans doute ces faits heureux demeurent-ils l'exception. Mais leur existence fait, au médecin, un devoir de ne pas abandonner ces enfants et de tenter tous les efforts thérapeutiques.

I. — L'ÉVOLUTION SPONTANÉE

Elle est désastreuse. L'augmentation de la tumeur entraîne des compressions graves :

- urinaires : rétention, infection ;
- intestinales : rétention de selles et même les occlusions.

L'état général s'altère et la mort survient en général dans les deux premières années par infection et cachexie, au milieu des douleurs souvent intenses.

II. — L'ÉVOLUTION SOUS TRAITEMENT

1) SURVIES PROLONGÉES

Des survies prolongées, peu nombreuses cependant, sont dans la littérature.

On relève 7 cas de tumeur maligne primitive du vagin :

— HÖLLANDER, HUGUET, KUSTER ont publié des guérisons, mais qui ne dataient que de quelques mois.

— Celle de KLEINKNECHT et TASSOVATZ qui a plus d'un an de recul sans récurrence ; celle de FRICK datait de deux ans et demi.

Mais trois surtout importantes :

— La malade de DEMME qui est restée guérie après sept ans.

— Celle de HALLÉ, VEAU et GRISEL dont les interventions répétées suivies de radiumthérapie ont retardé la mort de sept ans.

— Enfin celle d'ENGELMANN dont la malade a survécu treize ans après radiumthérapie.

2) LA MORT A BRÈVE ÉCHÉANCE MÊME SOUS TRAITEMENT

Les cas heureux de survies prolongées sont trop rares. La mort est en général assez rapide et survient entre un mois et demi et deux ans après le début clinique. Les 17 cas de PICK de tumeur maligne primitive du vagin sont morts entre huit et quatorze ans.

Les 17 des 22 malades de Mlle Odile SCHWEISGUTH, D. PELLERIN, J. CENDRON et R. GÉRARD-MARCHANT, de tumeurs du sinus urogénital, sont morts entre un et dix-huit mois (voir le tableau suivant que nous devons à Mlle Odile SCHWEISGUTH).

LES SARCOMES DU SINUS URO-GÉNITAL CHEZ L'ENFANT

Tableau des 22 cas

Cas	Sexe	Age	Siège	Premiers signes	Traitement	Evolution. Durée depuis 1 ^{er} symptôme.
Be... Pierrette 12.335	F	3 ans $\frac{1}{2}$	Vagin	Hémorragies vaginales.	Ablations de polypes « bénins », puis radium.	Mort 13 mois
Mi... Evelynne 32.306	F	15 mois	Vagin	Hémorragies vaginales.	Hystéro-colpéctomie totale (Pr agr. Barcat), suivie de récidive.	Perdue de vue
Fr... Elisabeth 49.577	F	10 mois	Col utérin ?	Hémorragies vaginales.	Biopsie. Télécuriethérapie, sans résultat.	Mort 4 mois
Sa... Marie 50.3218	F	1 an	Col utérin ?	Hémorragie + expulsion de polype.	Radiothérapie : 1.500 r peu. Augmentation de la tumeur.	Mort 8 mois
Me... Danielle 50.2795	F	10 mois	Vagin	Hémorragie + tumeur à la vulve.	Biopsie. Radiothérapie : 1.800 r peu. Récidive locale après trois mois.	Mort 9 mois
Ba... Evelynne 51.5952	F	2 ans $\frac{1}{2}$	Vagin	« Polype » vaginal.	Trois exérèses successives de la tumeur. Télécuriethérapie. Récidive locale. Cystostomie.	Mort 14 mois
De... Danielle 52.2953	F	1 an	Vagin	Hémorragies vaginales.	Radiothérapie : 1.500 r peu X 4 champs. Laparotomie : tumeur inextirpable.	Mort 8 mois
Pe... Martine 54.3592	F	2 mois	Urèthre	Dysurie et rétention d'urines.	Ablation de « polype » urétral, répétée deux fois. Récidive. Coagulation locale. Récidive.	Mort 7 mois
Id... Louise 55.3586	F	11 mois	Vagin	Polype vulvaire.	Ablation de polype « bénin » à trois reprises.	Mort 18 mois
Be... Pâquerette 57.2992	F	1 an $\frac{1}{2}$	Vagin	Hémorragie vaginale + polype.	Ablation locale à deux reprises. Récidive Hystéro-colpéctomie + cystostomie partielle. Récidive.	Mort 16 mois

Al... Alain 53.4251	M	8 mois	Prostate	Rétention d'urines.	Cystostomie. Progression tumorale par l'origine de cystostomie. Occlusion.	Mort 1 mois
Ch... Jacques 53.5483	M	6 ans $\frac{1}{2}$	Vessie ?	Douleurs abdominales. Tumeur suprapub. à l'examen fortuit.	Rayons X : 1.350 r peau ; 2 champs + 450 r X 2 champs. Explorative : tumeur abdomino-pelvienne inextirpable. Occlusion terminale.	Mort 4 mois
Ri... J. Albert 55.1456	M	7 ans	Vessie	Tumeur hypogastrique.	Exérèse d'une tumeur du fond de la vessie. Cystectomie partielle. Ascite. Au ^{3es} = 40 mc. inefficace.	Mort 4 mois
Ri... Marcel 55.3090	M	1 an 8 mois	Vessie	Tumeur hypogastrique.	Exérèse avec cystectomie subtotale. Rayons X post-opératoires (Co ⁶⁰) : 2.000 r tumeur. Récidive localisée.	Mort 3 mois $\frac{1}{2}$
Cl... René 55.6325	M	8 mois	Vessie	Rétention d'urines.	Rayons X : 2.250 r + 1.200 r peau, puis cystectomie totale, avec urétéro-sigmoïdostomie.	Mort post-op 2 mois
Me... Yves 57.4541	M	8 ans	Vessie	Rétention d'urines.	Cystostomie ; biopsie périméale. Radiothérapie : 3.000 à 4.500 r tumeur. Inefficace. Métastases pulmonaires.	Mort 4 mois
Ma... Didier 58.5256	M	3 ans $\frac{1}{2}$	Vessie	Pyrurie.	Prostato-cystectomie totale ; implantation urétérale dans une vessie sigmoïdienne à la peau.	Récidive locale après 6 mois.
Br... Michel (J.C.)	M	16 mois	Prostate ?	Rétention d'urines.	Biopsie. Prostato-cystectomie. Implantation urétérale sur vessie iléale à la peau.	Récidive locale après 8 mois.
Du... Yves (D.P.)	M	3 ans $\frac{1}{2}$	Urètre	Tumeur péri-anele droit.	Co ⁶⁰ : 2.000 r tumeur. Ablation tumorale abdomino-périnéale.	Mort 5 mois
Le... Patrick (D.P.)	M	8 ans $\frac{1}{2}$	Prostate	Douleurs des membres inférieurs.	Co ⁶⁰ : 4.500 r. Prostato-cystectomie totale avec curage ganglionnaire et urétéroscopie cutanée ; récurrence pelvienne. Métastase ganglionnaire sus-claviculaire gauche.	Vivant, cachectique : 1 an

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tous les caractères cliniques et évolutifs de ces tumeurs paraissent justifier leur classement dans un même groupe, que leur origine soit vésicale, prostatique ou utéro-vaginale ; en fait, d'ailleurs, il n'est pas toujours possible de leur assigner une origine exacte.

On trouve presque toujours des sarcomes et, exceptionnellement, l'épithélioma.

I. — LES SARCOMES

1) EXAMEN MACROSCOPIQUE

La forme la plus typique décrite par MARIAGE, puis par RABÉ, est le sarcome botrioïde. Elle est formée de végétations jaunâtres et translucides, comparées par les auteurs à des grains de raisin et réunis en grappes. Dans certains cas, un contenu hémorragique change l'aspect des végétations qui deviennent brunes et opaques.

Cette forme est loin d'être constante, et certaines sont solides, blanchâtres.

Au bout d'un temps variable, la tumeur d'abord localisée à un point de la paroi, prolifère et s'étend. Elle s'étale en surface, élargit sa base, envahit toute l'étendue de cette paroi ; tantôt les végétations partent de la base du noyau primitif ; tantôt on voit apparaître à distance, sous la muqueuse encore saine, de petits noyaux tumoraux qui donnent tantôt naissance à de nouvelles végétations.

Ainsi, il apparaît clairement que l'origine de la tumeur ne peut être précisée qu'au début, et, dans les formes limitées.

2) EXAMEN HISTOLOGIQUE

MARIAGE distinguait deux sortes de sarcomes : le myxosarcome, le fibrosarcome.

RABÉ pensait qu'il s'agit presque toujours de sarcomes fusocellulaires.

L'examen histologique montre un tissu mésenchymateux à différenciation variable :

L'aspect le plus caractéristique est celui d'un myxome formé de cellules rondes ou étoilées par de fins prolongements anastomotiques, noyées dans une substance claire.

Les végétations sont formées d'un feutrage de cellules fusiformes ou à prolongements multiples dont certaines possèdent plusieurs noyaux. Les cellules sont accolées en faisceaux ondulés, entrecroisés en tous sens, entourant des lacs veineux et de nombreux capillaires sanguins.

Dans d'autres cas, l'aspect est plus polymorphe.

On voit apparaître des zones de différenciation lipoblastique, fibroblastique et surtout myoblastique. On trouve alors de volumineuses cellules à noyaux multiples, à allure souvent syncytiale, à protoplasme abondant, dense et acidophile. On peut mettre en évidence des striations par certaines colorations spéciales.

Certains auteurs classaient schématiquement, d'après les caractères histologiques, en :

- fibrosarcomes ;
- léiomyosarcomes ;
- rhabdomyosarcomes,

soit qu'ils proviennent du tissu fibro-conjonctif, des fibres musculaires lisses ou striées. A tous ces termes, Mlle Odile SCHWEISGUTH préfère le terme plus vague de sarcome embryonnaire.

II. — L'ÉPITHÉLIOMA

L'épithélioma est exceptionnel.

1) EXAMEN MACROSCOPIQUE

L'aspect est semblable à celui des sarcomes.

2) EXAMEN MICROSCOPIQUE

C'est une structure glandulaire ou pseudo-glandulaire en certains points, ailleurs l'aspect est celui d'un épithélioma endocrinien muqueux ou d'un épithélioma atypique indifférencié d'architecture trabéculaire.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- DEVANT UNE HÉMORRAGIE GÉNITALE chez une fille, il faut penser à :
 - 1) Des causes faciles à éliminer :
 - un traumatisme ;
 - une chute sur le périnée ;
 - un corps étranger introduit dans le vagin ;
 - les pertes sanguines dans les maladies héréditaires (d'où l'importance de l'interrogatoire) ou acquises comme la syphilis et la tuberculose.
 - 2) Maladies hémorragipares.
 - 3) Des diagnostics délicats :
 - les métrites, les cervicites et les endométrites de l'enfant.
 - 4) Les règles post-natales qui surviennent dans la première semaine de la vie, font partie du syndrome décrit sous le nom de « crise génitale du nouveau-né », n'ont aucun caractère pathologique.
 - 5) La puberté précoce surtout dont le diagnostic se fait sur la présence :
 - des règles ;
 - du développement des seins ;
 - du développement de la pilosité.
- DEVANT LES ÉCOULEMENTS GÉNITAUX, il faut éliminer :
 - la vulvo-vaginite banale ou gonococcique ;
 - la métrite vaginale, la métrite hémorragique.
- DEVANT UNE TUMEUR, il faut éliminer :
 - les tumeurs bénignes de l'utérus (polypes) ;
 - les lésions ovariennes (tumeur de la granulosa) ;
 - la mollesse d'une tumeur bombant au périnée peut en imposer pour un abcès.

- DEVANT UNE RÉTENTION D'URINE, il faut éliminer :
 - une anomalie de l'urètre facile à vérifier par sondage ;
 - un abouchement anal ;
 - une tumeur pelvienne ou prostatique.
 - ENFIN, L'EXISTENCE DES TROUBLES URINAIRES et de la rétention d'urine évoquent la possibilité d'un calcul.
-

LES ESSAIS DE TRAITEMENT

I. — LES MÉTHODES

A) LA RADIOTHÉRAPIE

On irradie la tumeur avec des doses progressivement croissantes de rayons X.

Il semble que les rayons X soient non seulement inefficaces, mais ils font courir un risque tardif certain aux gonades.

B) LA CHIRURGIE

On pratique :

- soit des exérèses limitées ou larges ;
- soit des ablations.

Les guérisons rapportées sont pratiquement toutes purement chirurgicales. Son association aux rayons X n'apporte aucun atout supplémentaire au malade.

C) LE TRAITEMENT MÉDICAL

- Les antimitotiques n'ont eu aucun effet.
- La corticothérapie apporte une amélioration passagère.
- Les antibiotiques pour lutter contre les infections.

II. — LES INDICATIONS

Elles sont difficiles à poser.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il faut arriver à faire accepter, malgré les risques opératoires, le sacrifice des mutilations chirurgicales.

Enfin, il faut juguler les infections avec les antibiotiques.

CONCLUSION

A propos d'une observation personnelle de cancer du sinus urogénital chez un enfant de dix ans, nous avons exposé succinctement la clinique, l'évolution, l'étude anatomo-pathologique et le traitement de cette néoformation chez l'enfant.

Les sarcomes du sinus urogénital naissent de la vessie, de l'urètre, de la prostate et du canal utéro-vaginal. Des signes urinaires ou la tumeur elle-même les font découvrir ; la radiologie précise leur siège et leur extension, mais il appartient à l'examen anatomo-pathologique de porter le diagnostic ferme.

Le cancer du sinus urogénital est une affection toujours fatale. La durée de l'évolution varie de quelques mois à quelques années, en moyenne trois mois à deux ans.

Le traitement de ce mal est actuellement encore pratiquement sans effet sur l'évolution. Cependant, l'espoir thérapeutique réside dans une chirurgie très large, malheureusement mutilante, qui a permis quelques succès rapportés dans la littérature. Ces succès, sans doute, demeurent-ils l'exception ? Mais leur existence fait au médecin un devoir de ne pas abandonner ces enfants et de tenter tous les efforts thérapeutiques.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
LELONG

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ATAKAM (E.N.). — Un cas de sarcome utérin chez un enfant de dix-huit mois. (*Gynéc. Obst.*, 1952, 4, n° 1, 67-69.)
- BARCAT (J.R.). — Les tumeurs malignes primitives du vagin chez l'enfant. (*Sem. Hôp. Paris*, 28 avril 1945, n° 16, 439-446, bibliogr.)
- BARTHE (M.). — Sur un cas de tumeur maligne de la prostate chez un petit garçon de trois ans. (*Maroc Méd.*, décembre 1959, 38, n° 415, 1629.)
- BARTHÉLÉMY (H.). — Un cas de fibro-myxo-myosarcome de la vessie chez l'enfant. (*J. Urologie*, juillet-août 1961, 67, n° 7-8, 540-541.)
- BAUER (K.M.). — L'aspect clinique du sarcome de la prostate (avec considération particulière de l'adolescence). (*Bruns' Beitr. Klin. Chir.*, octobre 1957, 195, n° 2, 153-159, bibliogr., résumé français.)
- BHANSALI (S.K.). — Rhabdomyosarcome de la vessie chez le nourrisson et chez l'enfant. (*J. of Urol.*, juin 1962, 87, n° 6, 871-875, 6 fig., bibliogr.)
- BINAULD (X.). — Des tumeurs malignes du vagin chez les jeunes enfants. (*Thèse*, Lille, 1953-1954, n° 3, 47 p.)
- BOISSONNAT (P.) et BOUTEAU (P.). — Volumineux kyste du trigone chez un garçon de trois ans. (*J. Urologie*, 1954, 60, n° 9-10, 688-690.)
- BOURGEOIS (P.). — Le cancer chez l'enfant. Appareil uro-génital. (*Bull. Union Méd.*, Canada, février 1949, 78, n° 2, 206-208.)
- CAVINS (A.W.), MEYN (W.P.) et MITCHELL (G.T.). — « Sarcoma botroides » du vagin chez le nourrisson et la petite fille. Relation d'un cas. (*Internat. Med. Dig.*, mars 1958, 72, n° 3, 172-175.)
- CHAK (S.P.), Ts'o (T.O.T.) et KAN (P.S.). — Un adénocarcinome papillaire du vagin chez un nourrisson. (*J. Obst. Gyn. Brit. Common.*, août 1962, 69, n° 4, 652-654, bibliogr.)
- CHAUVIN (H.F.), BONNEAU (H.) et MIRABEL (J.). — Sarcome de la prostate chez un garçonnet de neuf ans. (*J. Urologie*, 1954, 60, n° 9-10, 702-704.)

- CRAIG (J.K.). — Inversion de l'utérus avec tumeur maligne chez une fillette de quatorze ans. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, juin 1958, 65, n° 3, 497-499, bibliogr.)
- CROWE (G.G.). — Un cas de sarcome de la prostate chez un enfant. (*Brit. J. Urol.*, septembre 1959, 31, n° 3, 332.)
- DANCKERS (L.F.), PHILIPSBORN (H.F.), BAYLOR (J.E.) et BURKHEAD (H.C.). — Sarcome de la prostate, du tissu périprostatique et du col de la vessie chez l'enfant. Rapport d'un nouveau cas. (*Am. J. Roentgenol.*, septembre 1960, 84, n° 3, 555-561, bibliogr.)
- DESORGHIER (G.), BUISINE (A.) et BINAULD (F.). — Deux cas de sarcomes vaginaux chez de jeunes enfants. (*Gynéc. Obst.*, suppl., 1951, 3, n° 2, 262-263.)
- SURA CANARD (R. DE) et RIVAROLA (J.E.). — Tumeur vésicale chez l'enfant. (*J. of Urol.*, février 1953, 69, n° 2, 272-281, 10 fig., bibliogr.)
- DUNCAN (A.S.) et FAHMY (E.C.). — Sarcome botroïde du vagin et du col chez les fillettes. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, février 1953, 60, n° 1, 87-91, 10 fig., bibliogr.)
- DUVERGEY, DUCASSOU et TORTIGUE. — Sarcome de la prostate chez un enfant de six ans. Urétrographies. (Bordeaux, *Chir.*, octobre 1949, n° 4, 155-158.)
- FITCH (L.B.) et RUBENSTONE (A.I.). — Cancer de la vessie dans l'enfance. (*J. of Urol.*, avril 1962, 87, n° 4, 549-552.)
- FLOCKS (R.H.) et CULP (D.A.). — Fibro-myxosarcome polypoïde de la vessie chez un enfant. (*J. of Urol.*, février 1955, 73, n° 2, 299-306, 7 fig., bibliogr.)
- FUQUA (F.), ALEXANDER (J.C.), KING (K.B.) et WARE (E.W.). — Hémangiome caverneux de la vessie chez un enfant : relation d'un cas. (*J. of Urol.*, juillet 1955, 74, n° 1, 82-84.)
- GRISWOLD (M.H.). — Le cancer de la prostate chez le nourrisson et chez l'enfant. (*J.A.M.A.*, 25 octobre 1952, 150, n° 8, 791.)
- HABEDANK (M.). — Le sarcome congénital rhabdomyoblastique de la vessie. (*Zschr. Kinderh.*, 1958, 81, n° 6, 717-732, bibliogr.)
- HAGEMANN (E.). — Les sarcomes de la prostate chez l'enfant. (*Zschr. Urol.*, 1953, 46, n° 10, 677-682, bibliogr.)
- HILLENBRAND (H.J.). — Sarcome de la prostate chez l'enfant. (*Beitr. Klin. Chir.*, 1942, 173, n° 2, 256-261, bibliogr.)
- HOGUE (R.H.) et BENN (V.A.). — Cancer de la vulve et du vagin chez le nourrisson. (*Am. J. Obst. Gyn.*, août 1943, 46, n° 2, 286.)
- JOHNSON (A.J.) et TAYLOR (J.N.). — Tumeur papillaire de la vessie chez un garçon de douze ans. (*J. of Urol.*, juin 1962, 87, n° 6, 869-870, bibliogr.)

- KAIRIS (Z.) et CAMMENOS (A.). — Hémangiome de la vessie chez une petite fille de huit ans. (*Urologia Inter.*, 1955, 1, n° 1, 43-46, bibliogr., résumé français.)
- KOHN (K.) et LAENGNER (H.). — Un épithélioma à cellules plates kératinisées de l'urètre chez un nourrisson de deux mois. (*Zbl. Gyn.*, 26 mai 1956, n° 21, 829-835, bibliogr.)
- LASH (A.F.). — Tératome du périnée chez un enfant nouveau-né. (*Am. J. Obst. Gyn.*, septembre 1945, 50, n° 3, 344-346, bibliogr.)
- LÉONHARDT (A.). — Le sarcome vaginal chez l'enfant. (*Zbl. Gyn.*, 7 septembre 1957, 79, n° 36, 1404-1411, bibliogr.)
- Cancer du canal de Gartner chez un enfant de vingt mois. (*Zbl. Gyn.*, 26 décembre 1959, 81, n° 52, 2092-2096, bibliogr.)
- LOWRY (E.C.), SOANES (W.A.) et FORBES (K.A.). — Le cancer de la vessie chez l'enfant: relations de cas. (*J. of Urol.*, février 1955, 73, n° 2, 307-310, bibliogr.)
- MALETTA (T.) et HORTON (B.). — Le sarcome botryoïde de la vessie chez l'enfant. Relation d'un cas. (*J. of Urol.*, octobre 1959, 82, n° 4, 490-493.)
- MARTIN (Mlle S.). — Les vestiges embryonnaires du tractus génital féminin. Leur rôle dans le développement de certaines dystrophies et tumeurs. (Thèse, Paris, juin 1956, n° 634, 80 p.)
- MEDVEDEVA (M.I.). — Un cas de tératome congénital chez une fillette âgée de trois mois. (*Akoucherstvo Guinek*, Moscou, 1961, n° 6, 100-101.)
- MERTZ (H.O.), HOWELL (R.D.) et HAMMOND (R.C.). — Le sarcome de la prostate chez l'enfant: relation d'un cas de rhabdomyosarcome chez un garçon de quatre ans. (*J. of Urol.*, novembre 1950, 64, n° 5, 681-689.)
- MICHON (L.), BOYET et CAMMENOS. — Kyste du trigone chez une fillette de trois ans. (*J. Urologie*, 1953, 59, n° 7-8, 529-535.)
- MORSE (W.H.) et JARMAN (W.D.). — « Sarcome botryoïdes » de la vessie chez des enfants. (*J. of Urol.*, décembre 1953, 70, n° 6, 900-905, 6 fig.)
- OKMIAN (L.) et LIVADITIS (A.). — Deux cas de sarcome du vagin chez des enfants. (*Acta Paed.*, novembre 1959, 48, n° 6, 614-618, bibliogr., résumé français.)
- PARKER (P.), SMITH (P.L.) et RATHMELL (T.K.). — Le sarcome botryoïde de la vessie: traitement efficace par cystectomie. (*J. of Urol.*, octobre 1959, 82, n° 4, 494-496, bibliogr.)
- PETTERSSON (G.). — Deux cas de tumeur primitive de la vessie chez des nourrissons. (*Acta Chir. Scand.*, 20 août 1954, 107, n° 6, 534-538.)
- RAIVIO (E.) et RAURAMO (M.). — Cancer du corps utérin chez une fillette. (*Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1945, 25, n° 3, 291-304, 5 fig.)

- ROBERTSON (D.M.), KIPKIE (G.F.) et BERRY (N.E.). — Tumeurs de l'appareil urogénital survenant à des âges inhabituels. (*J. of Urol.*, juillet 1959, 82, n° 1, 26-28, bibliogr.)
- RUSSELL (M.), LIPIN (J.L.) et GAINES (J.W.). — Les tumeurs de la vessie chez le nourrisson : relation d'un cas de tumeur bénigne ; revue de la littérature. (*J. of Urol.*, mai 1958, 79, n° 5, 823-827, bibliogr.)
- SCHAFFER (W.). — Sarcome du vagin de la forme d'une grappe chez un petit enfant. (*Zbl. Gyn.*, 12 juin 1943, 67, n° 24, 849-853, bibliogr.)
- SCHRAKNEPPER (J.). — Tumeur mixte maligne au niveau d'un hémangiome vaginal chez une enfant. (*Zbl. Gyn.*, 16 janvier 1960, n° 3, 99-105, 7 fig., bibliogr.)
- SCHWEISGUTH (O.). — Les tumeurs génitales de la fillette. (*Gynéc. prat.*, 1962, 13, n° 1, 111-120, bibliogr.)
- SCHWEISGUTH (O.), PELLERIN (D.), CENDRON (J.) et GÉRARD-MARCHANT (R.). — Les sarcomes du sinus uro-génital chez l'enfant. (*Ann. Péd., suppl. Sem. Hôp. Paris*, 24 octobre 1959, n° 49-10, 461-469, 11 fig., bibliogr.)
- SHACKMAN (R.). — Le « sarcima botryoïdes » de l'appareil génital chez la fillette. (*Brit. J. Surg.*, juillet 1950, 38, n° 149, 26-30, 6 fig., bibliogr.)
- SHOESMITH (J.H.) et ROBINSON (M.P.). — Tumeurs de la vessie chez le nourrisson. (*Brit. J. Urol.*, septembre 1961, 33, n° 3, 292-295, bibliogr.)
- SIDDALL (R.). — Cancer du vagin chez une fillette de quatorze ans traité par l'irradiation. (*Am. J. Obst. Gyn.*, février 1949, 57, n° 2, 396-397, bibliogr.)
- STEFANINI (C.). — Epithéliome de la vessie chez une enfant de neuf ans. (*Afrique franç. Chir.*, avril-mai 1954, 12, n° 3, 287.)
- SWINNEY (J.). — Le rhabdomyosarcome de la vessie chez l'enfant. (*Urol. Cut. Rev.*, septembre 1951, 55, n° 9, 530-532, bibliogr.)
- THOMAS (J.). — Une observation de sarcome utérin chez une fillette âgée de huit ans. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, octobre-décembre 1956, 8, n° 5, 586-587.)
- Sarcome utérin chez une fillette de huit ans. (*Maroc Méd.*, mai 1957, 36, n° 384, 479-480.)
- THOMPSON (I.M.) et COPPRIDGE (A.J.). — Etude de « sarcoma botryoïdes » chez l'enfant. (*J. of Urol.*, novembre 1959, 82, n° 5, 590-595, bibliogr.)
- TORTORICI (G.) et SCIO (E.). — Un cas de sarcome du vagin chez un nourrisson. (*Minerva Chir.*, 15 juillet 1955, 10, n° 13, 644-650, bibliogr.)
- TRUC, GUILLAUME et BAUMEL. — Fibro-myxo-sarcome prostatique chez un enfant de quatre ans. (*J. Urologie*, décembre 1955, 61, n° 12, 882-884.)
- WIDL (E.). — Diagnostic et traitement du sarcome du vagin chez l'enfant. (*Geburtsh. Frauenh.*, mai 1961, 21, n° 5, 491-498, bibliogr.)

- WALLGREN (G.R.). — Le sarcome de la prostate chez l'enfant. (*Acta Chir. Scand.*, 20 novembre 1954, 108, n° 2-3, 205-212, bibliogr.)
- WHITAKER (B.L.). — Un cas de sarcome embryonnaire de la vessie chez un nourrisson. (*Brit. J. Surg.*, novembre 1958, 46, n° 197, 289-291, bibliogr.)
- ZOLOTAREFF (I.I.). — A propos des tumeurs de la vessie chez les jeunes enfants. (*Khifourguia, russe*, 1954, n° 2, 75-76.)
- ZWEYMULLER (E.) et HOWANIEZ (L.). — Sarcome botryoïde du vagin chez une fillette de quinze mois. (*Zschr. Kinderh.*, 1957, 79, n° 6, 630-644, 6 fig., bibliogr.)
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Historique	18
L'observation de notre cas	20
Clinique	24
— <i>La tumeur maligne primitive du vagin</i>	24
— <i>Les tumeurs malignes de l'utérus</i>	27
— <i>Les tumeurs malignes de la prostate</i>	27
— <i>Les tumeurs malignes de la vessie</i>	28
Les examens paracliniques	29
Evolution	30
— <i>L'évolution spontanée</i>	30
— <i>L'évolution sous traitement</i>	30
Anatomie pathologique	34
— <i>Les sarcomes</i>	34
— <i>L'épithélioma</i>	35
Diagnostic différentiel	36
Les essais de traitement	38
— <i>Les méthodes</i>	38
— <i>Les indications</i>	38
Conclusion	39
Bibliographie	41

